

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭТИКА

УДК 614.253:614.21

Этические проблемы в психиатрической практике

Тараканова Е.А.

В статье изложены результаты клинико-социологического исследования качества жизни больных шизофренией, проведенного с целью изучения особенностей формирования и типологии самостигматизации больных шизофренией.

Ключевые слова: самостигматизация, качество жизни, биоэтическая дилемма.

ETHICAL PROBLEMS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Tarakanova E.A.

In the article the results of clinical-sociological research of quality of life of patients suffering schizophrenia are presented. The purpose of the research was to study features of development and selfstigmatisation typology of patients suffering schizophrenia.

Keywords: selfstigmatisation, quality of life, a bioethical dilemma.

Среди многообразия медицинских дисциплин психиатрия, несомненно, является одной из наиболее социальных по своему предмету, методологии и практике [1, 7]. Это обуславливается, во-первых, особенностями пациентов практической психиатрии, во-вторых, сложностями диагностики и широким диапазоном психических расстройств от пограничных нарушений адаптации до выраженных хронических психозов и слабоумия. Социальные факторы оказывают свое влияние как на состояние психического здоровья отдельных граждан и общества в целом, так и на формирование общественных взглядов и концептуальных понятий о сущности психической нормы и патологии. При этом многие социальные факторы (ситуации), воспринимаемые и осознаваемые (либо неосознаваемые) личностью, могут становиться патогенными, приводить к деформированию социальных отношений индивида и, как следствие, определять развитие психической патологии.

Возникновение и развитие биоэтики во многом было ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной медицине [12]. Некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи [7]. В то же время определился и ряд специфических для психиатрической практики проблем, которые требуют отдельного этического анализа и не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицинской деятельности [9].

В рамках клинико-социального исследования качества жизни больных шизофренией нами было обследовано 345 пациентов, находящихся на лечении в психиатрических стационарах города и области. Одной из задач работы было изучение особенностей формирования и типологии самостигматизации больных шизофренией с использованием специально разработанного опросника НЦПЗ. В данном опроснике тесно переплелись вопросы, касающиеся как особенностей формирования стигмы психически больного (которая уже сама по себе является одним из наиболее сложных и проблемных вопросов биоэтики), так и другим важным этическим вопросам именно психиатрической практики.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «сквозной» для биоэтики в целом [1]. При патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач. Напротив, ключевая категория непатерналистской модели – категория прав пациента. Несомненно, одной из особенностей психиатрии как медицинской науки и практики является чрезвычайно широкий континуум пациентов. Часть из них, в силу наличия тяжелых нарушений психической деятельности (будь то выраженные продуктивные расстройства, формирование дефекта эмоционально-волевой сферы, негативная симптоматика при эндогенных заболеваниях, врожденные или приобретенные интеллектуально-мнестические расстройства - слабоумие) не могут самостоятельно выразить

и отстаивать свои интересы. Становится очевидным, что для данной категории больных наиболее приемлемой и адекватной является патерналистская модель. Это не означает полного игнорирования мнения пациента и принуждения его к чему-либо, хотя в решающие моменты врач вправе использовать всю полноту данной ему власти, которая, несомненно, не должна оставаться без этического контроля. При этом *нравственными ограничителями служат добросовестность и ответственность врача-психиатра*. Другая категория больных, с так называемыми пограничными психическими расстройствами (неврозы, депрессии, расстройства адаптации и др.), вполне самостоятельны в своем волеизъявлении и самоопределении, по своему интеллектуальному, правовому, нравственному сознанию зачастую ничуть не уступают врачу-психиатру. В таких случаях, естественно, патерналистская модель неприемлема. Отношения врача и пациента должны строиться на основе партнерства, причем врач выступает в роли компетентного профессионала, он отвечает за качество обследования и лечения, однако ответственность за выбор и решение лежит на самом пациенте. Особенностью психиатрии является и то, что по отношению к одному и тому же пациенту эти модели взаимоотношений с врачом могут сменять друг друга на разных этапах течения болезни (например, в период обострения симптоматики и в ремиссии). Таким образом, этической задачей психиатрии становится *установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом в каждой конкретной ситуации*. В проведенном исследовании типологии самостигматизации данная этическая проблема может быть наиболее ярко проиллюстрирована двумя утверждениями, с которыми соглашались или не соглашались пациенты. С первым утверждением - «Важные решения за больных обычно принимают здоровые» - из 345 опрошенных больных шизофренией «определенно согласны» были 68 человек (19,7%), «скорее согласны» - 137 чел. (39,7%), «скорее не согласны» - 80 чел. (23,2%), «не согласны» - 60 чел. (17,4%). Второе утверждение – «Деятельность больного контролируется обществом», с ним

были «определенно согласны» 73 чел. (21,2%), «скорее согласны» - 152 чел. (44,1%), «скорее не согласны» - 83 чел. (24,1%), «не согласны» - 37 чел. (10,6%). Данные примеры позволяют сделать выводы о том, что в сознании больного шизофренией доминирующей моделью взаимоотношений как с врачом, так и с обществом, на настоящий момент остается патерналистская модель, в которой пациенты занимают пассивное и подчиненное положение. Это служит предпосылкой для дальнейшего развития различных моделей взаимоотношений врача-психиатра с разными категориями психически больных.

Следующей этической проблемой психиатрии являются существующие сложности разграничения нормы и патологии, гипердиагностика психических заболеваний, перенос клинических оценок и терминов на множество вариантов индивидуального своеобразия личности и социального поведения человека. *Профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья.* Зачастую трудности дифференциации психической нормы и патологии приводят к формированию в сознании как отдельного индивида, так и общества в целом, представления о том, что даже сам факт обращения к психиатру свидетельствует о наличии у человека психического расстройства, и этим отличает его от остальных, «нормальных», людей. В частности, в проводимом опросе больные шизофренией при предъявлении им утверждения «Если человек лечился у психиатра, к нему никогда не будут относиться, как к здоровому», с последним были «определенно согласны» 184 чел. (53,3%), «скорее согласны» - 52 чел. (15,1%), «скорее не согласны» - 45 чел. (13,0%), «не согласны» - 64 чел. (18,6%).

Еще одной этической проблемой является возможность применения к некоторым категориям психически больных недобровольных мер – принуждения, в частности, речь идет о недобровольном лечении. В этико-юридическом плане – это типичная «проблемная ситуация», так как пациенту

в данном случае должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. В законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [2] принцип добровольности оказания психиатрической помощи является основополагающим, предваряя все прочие нормы (ст.4). Таким образом, этическая задача психиатра - *ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью*. Частным случаем данной «проблемной ситуации» считается существующее и определенное в соответствующих юридических документах право больного на отказ от лечения как источник биоэтической дилеммы. На одном ее полюсе – право любого пациента на отказ от лечения – общепризнанная этико-гуманистическая ценность и юридически-правовая норма. На другом полюсе – особенности психически больных, чей отказ от лечения может как осложнить работу врача-психиатра, так и актуализировать проблему опасности лица, страдающего психическим расстройством, для себя и\или окружающих.

Таким образом, следующей задачей психиатрической этики становится *регулирование социальных санкций в отношении психически больных*. Неоправданное ограничение прав больных, пренебрежительное к ним отношение, унижение человеческого достоинства сформулировали необходимость осмысления данной проблемы и формирования идеологии защиты прав психически больных людей. Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [2] лицам с психическими расстройствами гарантируются все права и свободы граждан, предусмотренные Конституцией и законодательством РФ (ст.5). В то же время, при оценке себя и своего состояния, больные шизофренией зачастую отмечали прямое или опосредованное нарушение своих прав. Иллюстрацией могут послужить следующие примеры. С утверждением «Из-за болезни мне не доверяют интересующей меня работы» были «определенно согласны» 92 чел. (26,7%), «скорее согласны» - 136 чел. (39,4%), «скорее не согласны» - 55

чел. (15,9%), «не согласны» - 62 чел. (18,0%). С фразами «Из-за болезни мне не дают повышать образовательный уровень так, как я хочу» и «Из-за того, что я болен, окружающие мешают мне жить активной, деятельной жизнью» были, соответственно, «определенно согласны» 96 чел. (27,8%) и 102 чел. (29,6%), «скорее согласны» - 142 чел. (41,2%) и 98 чел. (28,4%), «скорее не согласны» - 60 чел. (17,4%) и 69 чел. (20,0%), «не согласны» - 47 чел. (13,6%) и 76 чел. (22,0%).

Наконец, еще одна этическая проблема в психиатрии – выраженная негативная социально-этическая нагрузка диагноза психического расстройства как такового. Здесь будет уместно употребить такой термин, как «стигма» психического расстройства [8], основными аспектами которой является выделение обладателя психиатрического диагноза из общества как девианта и его дистанцирование с приписыванием затем бытующих в обществе представлений о душевнобольных, что обуславливает последующую дискриминацию [3, 6]. Стигматизация как негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) с последующим стереотипным набором социальных реакций в своей основе имеет сложившиеся в конкретном обществе исторические, религиозные, социальные предрассудки, в большинстве случаев сводящиеся к представлениям об опасности, позорности, греховности и ущербности человека с психическими расстройствами. Стигматизация как следствие ритуалов, обеспечивающих связи внутри группы и регулирующих внутригрупповые отношения, является необходимым компонентом социальной идентификации. Стигма выступает как социальный симптом психической болезни [4], как онтологическое отличие психически больных от здоровых, как социокультуральный запрет на ряд отношений в обществе.

Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [10, 11].

При проведении анализа структуры самостигматизации больных шизофренией наиболее яркими примерами того, как происходит негативная, стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом, как в определенный момент у психически больного человека происходит формирование восприятия здоровых людей как «чужих» и на личностном уровне возникает готовность связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза, являются ответы пациентов на несколько следующих вопросов. Так, с утверждением «Поскольку я болен, я не могу полагаться на себя.» были «определенно согласны» 82 чел. (23,8%), «скорее согласны» - 116 чел. (33,6%), «скорее не согласны» - 35 чел. (10,1%), «не согласны» - 112 чел. (32,5%). Наличие чувства неполноценности подчеркивается следующим утверждением: «В целом психическое заболевание мешает мне чувствовать себя здоровым», с которым были «определенно согласны» 74 чел. (21,4%), «скорее согласны» - 163 чел. (47,2%), «скорее не согласны» - 48 чел. (13,9%), «не согласны» - 60 чел. (17,5%). Свою несостоятельность пациенты отмечали фразой: «То, что я болен, обесценивает мое творчество в глазах окружающих». С этим были «определенно согласны» 92 чел. (26,7%), «скорее согласны» - 129 чел. (37,4%), «скорее не согласны» - 47 чел. (13,6%), «не согласны» - 77 чел. (22,3%).

И, как предостережение об опасности процесса стигматизации, хотелось бы привести следующий пример. В своей работе «Стигма. Об особенностях искаленной личности», 1963г. Ирвинг Гоффман [по 8] дает следующее пояснение тому, что он подразумевает под такой «личностью»: «...Речь идет о последствиях расстройств личности, искаленной не болезнью — шизофренией, а общественными предубеждениями, обвинениями и диффамацией, т.е. о последствиях стигматизации болезни, больных и их родственников». Таким образом, задачей психиатрической этики является *преодоление стигмы и повышение толерантности общества к психически больным.*

Таблица 1

Вопрос- утверждение	Варианты ответов			
	Определенно согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Не согласен
Важные решения за больных обычно принимают здоровые	19,7%	39,7%	23,2%	17,4%
Деятельность больного контролируется обществом	21,2%	44,1%	24,1%	10,6%
Если человек лечился у психиатра, к нему никогда не будут относиться, как к здоровому	53,3%	15,1%	13,0%	18,6%
Из-за болезни мне не доверяют интересующей меня работы	26,7%	39,4%	15,9%	18,0%
Из-за болезни мне не дают повышать образовательный уровень так, как я хочу	27,8%	41,2%	17,4%	13,6%
Из-за того, что я болен, окружающие мешают мне жить активной, деятельной жизнью	29,6%	28,4%	20,0%	22,0%
Поскольку я болен, я не могу полагаться на себя.	23,8%	33,6%	10,1%	32,5%
В целом психическое заболевание мешает мне чувствовать себя здоровым.	21,4%	47,2%	13,9%	17,5%
То, что я болен, обесценивает мое творчество в глазах окружающих.	26,7%	37,4%	13,6%	22,3%

Литература:

1. Биомедицинская этика // под ред. Покровского В.И.- М., Медицина.- 1997.
2. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: Постатейный комментарий к Закону / под ред. С.В.Бородина, В.П.Котова. М., 1993.
3. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. // Журнал неврологии и психиатрии.- 2002.- №7.- С.58-65.
4. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы.
5. Рукавишников В.О. Общественное мнение о службах психического здоровья и пациентах, ими обслуживаемых. М.: Научно-исследовательский институт профилактической психиатрии ВНИЦПЗ РАМН СССР, 1990.
6. Сосновский А.Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью как критерий ее качества: Дис....канд.мед.наук. М. 1984.
7. Требования биоэтики: медицина между надеждой и опасениями // под рук. Ф.Бриссе-Виньо. Киев, 1999.

8. Финзен А. Психоз и стигма. - М., 2001.
9. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей // под ред. Тихоненко В.А.- М.: ГНЦ СПП им. В.П.Сербского.- 1996.
10. Anthony W.A., Rogers E.S., Cohen M. et al. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance. *Psychiatric Services*. 1995. № 46. P.353-357.
11. Link B.G., Rahav M., Phelan J.C. et al. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with diagnosis of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. №38. P.177-190.
12. Петров В.И. Медицина и биоэтика – союз ради жизни//ж. «Биоэтика». 2008. №1.